

Referat 23

Antrag auf Genehmigung

des Rücktritts/Versäumnisses
von der Prüfung in einem
Gesundheitsfachberuf

1. Antragsteller *

Name, Vorname

Anschrift

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Geschäftszeichen

2. Ausbildung *

Ausbildungseinrichtung

Bezeichnung

Straße / Hausnummer

PLZ Ort

Landkreis/kreisfreie Stadt (Schulort)

Kontakt (freiwillige Angabe für kurzfristige Kontaktaufnahme)

Telefon

E-Mail Adresse

Ausbildungsberuf

Bezeichnung

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Prüfung *

Prüfungstag/Prüfungstage

Prüfungsteile

Prüfungsfächer

4. Begründung des Antragstellers

Detaillierte Begründung (auch ohne Vorliegen eines ärztlichen Attests)

Bei Krankheit legen Sie bitte ein ärztliches Attest mit **Befunden sowie Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer** der daraus resultierenden Belastbarkeitseinschränkungen vor.

Verwenden Sie hierzu bitte das Formular

(Dies finden Sie unter [Service- Formulare/Merkblätter])

Die Feststellung der **Prüfungsunfähigkeit** obliegt nicht dem untersuchenden Arzt, sondern der Prüfungsbehörde. Dies liegt darin begründet, dass es sich nicht allein um die Feststellung eines körperlichen Zustandes im Sinne des Arbeitsrechts handelt (Arbeitsunfähigkeit), sondern um eine Feststellung im Prüfungsverfahren, bei der weitere Kriterien wie der Gleichbehandlungsgrundsatz zu berücksichtigen sind, da in Prüfungen Lebenschancen vergeben werden.

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link [\[Link\]](#) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Datum: *

Ort: *

Unterschrift